

『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』出版記念インタビュー

事実に基づき政策を分析

報酬改定と地域医療構想セットで理解を

二木 立 (日本福祉大学名誉教授)

聞き手 日本文化厚生連代表理事理事長 東 公敏

——本誌連載「医療時評」のご執筆に感謝申し上げます。前著から2年間を経て、このたびの新著出版となりました。

二木 はじめのタイトル案は「俯瞰的に見る日本の医療」だったのですが、「それでは売れない」(笑)となりました。ファクト(事実)に基づき、岸田自公政権から高市自維政権に至る日本の医療政策を複眼的・歴史的・俯瞰的に分析した構成としました。この間に発表した28論文を基にしています。そのうち23論文が『文化連情報』の「医療時評」です。本誌で、自己の研究・見解を速やかにかつ継続的に発表させていただけることに感謝します。

岸田、石破、高市政権の医療政策の連続性

——拝読して、岸田、石破、高市政権に至る医療政策の連続性の見方に注目しました。今回の診療報酬改定の評価にもつながってきます。

二木 世界と日本の政治は激変しています。しかし、医療政策については当面は大きな変更はなく、今後も部分改革が積み重ねられるとみています。その過程で自民党が従来から検討してきた、①高額療養費制度の患者負担増、②75歳以上高齢者の窓口負担拡大、③0



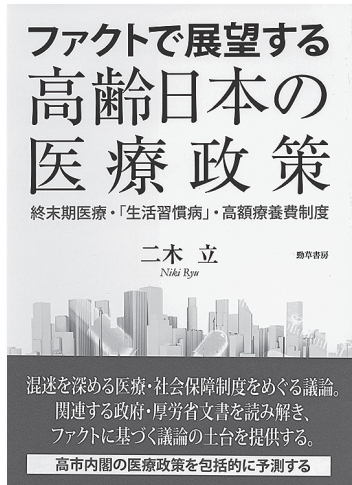
TC類似薬の患者負担、④保険外併用療養費制度の拡大と民間保険活用——が段階的に実施される可能性が高いと思います。

この間の国政選挙で議席を増やした日本維新の会、国民民主党、参政党は自民党よりもずっと右派で、医療費抑制、保険料引き下げ、混合診療拡大、終末期医療の見直し等、先鋭的な主張をしています。しかし今回の衆院選で自民党が地滑りの勝利をして、上記3党の影響力は相対的に小さくなったので、今後も極端な改革は実現せず、本来の自民党の政策に戻ると見えています。残念ながら医療関係者が希望するような劇的な改善の可能性は当面

はないけれども、逆に、例えば国民皆保険の解体といった地獄のシナリオもないのです。

自民党の枠内では相対的にリベラル派だった岸田さんと石破さんのときに「骨太方針」

(2024年、2025年)で医療費抑制の流れが少し弱まりました。その延長線上に高市首相による補正予算や診療報酬の大幅引き上げがあったと理解すべきです。高市さんはタカ派、強硬保守で、何となく医療や福祉は軽視するのではないかというイメージがありますが、高市さんの政治信条や姿勢と医療・社会保障政策は区別して論じなくてはいいけません。今回の診療報酬引き上げは、高市首相



が財務省ではなく厚生労働省に軍配を上げて押し切ったのです。

消費税減税、防衛費増、積極財政の市場信任に懸念

——現在の政治情勢下で、当面考えられる懸念とはどういったことでしょうか。

二木 2024年と2025年の「骨太方針」のマイナズ面として、保険外併用療養費制度(選定療養)の拡大と民間保険の活用が入りました。両方がセットで書き込まれたのは初めてです。これは医療経済学的には、公的費用(税・保険料)から私的費用(患者負担)へのコストシフトイングであり、医療政策の転換になりうる危険な芽です。民間保険は公的保険に比べて管理費が高く、株主配当のための利益等の余計な費用がかかります。

アメリカの私的保険では、この費用が2〜3割、日本の公的保険は2〜3%です。近年の病院経営悪化を背景にして、一部の病院や医師の間で混合診療拡大・解禁論が生まれつつありました。しかし、今回の診療報酬の本体3・09%上げで、とりあえずこの主

張は抑えられるでしょう。そのうえで当面の懸念が三つあります。

まず、消費税減税です。食料品の消費税の時限的ゼロ税率化がもし実施されたとしたら5兆円の穴が開き、医療、社会保障費に影響が及びます。一番の懸念は、いったん導入したら簡単には戻せないことです。1年、2年なら何とか財源をかき集められるとしても、5年、10年で見ると大変なことになってしまいます。

次に、「大砲かバタール」の選択の復活です。NATOはトランプの圧力で、加盟国が軍事費をGDP比5%まで引き上げることを決めました。わが国も2025年度補正予算で2%を2年前倒しで達成しました。防衛費1%増で5・6兆円です。今度の診療報酬プラス分は5千億円ですから、桁が一つ違うのです。

3番目に、野放図な積極財政による円安・国債安と物価高・インフレの高進です。イギリスでは市場の信認を失うトラスショックが起きました。高市さんは2021年の著書で、「日本は自国通貨建てで国債を発行できるか

ら、どんなに財政負担が膨らんでもデフォルトの心配がない幸せな国」と言っています。これはMMT（現代貨幣理論）の今、誰も相手にしていない考え方です。そこで総裁選挙では「責任ある積極財政」と少しキャップをかぶせて、政府純粋債務残高を緩やかに引き下げるように配慮すると言うようになりました。消費税のゼロ税率と同じで財源を示していませんから、突然マーケットの信認を失う可能性がないとは言えません。

現場の苦境・要望に応えた改定

患者負担増は外来医療に悪影響

——診療報酬改定についてお聞きします。全体的には、どんな印象をお持ちですか。

二木 本体で3・09%のプラス、これはすごいことです。最近の医療現場は、20年前の小泉政権の極端な医療費抑制政策で医療崩壊、立ち去り型サボタージュが言われたのとほとんど状況が似ていました。もし、今回こうしたプラス改定がなかったら、日本の医療は大変なことになっていたと思います。改定は急性期病院対応が中心ですが、慢性期や診療所

もプラスとなり、財務省が執拗に求めていた診療所から病院への報酬シフトは、日本医師会の強い反対でなされませんでした。

内容については、2040年頃を見据えた包括的な改定であり、全体としてはデータに基づいてよく練られていると思います。医療現場の要望に応えた細かな改定も目立ちます。例えば、看護補助者や事務職員的大幅賃上げ、事務等の簡素化・効率化、重症度・医療看護必要度の見直し（内科系疾患の評価）、多職種協働を評価する看護・多職種協働加算等々です。

ICT等の活用による看護業務効率化・看護配置基準の柔軟化と、生成AIを活用した文章作成補助システム等の業務効率化・医師事務作業補助者配置基準の柔軟化には驚きました。医療DX推進への厚生労働省の本気度を感じました。

しかし、長期収載品の選定療養のさらなる活用は大問題だと思っています。2年前に患者負担を導入したばかりなのに、価格差の4分の1相当の負担を2分の1相当に引き上げました。今後、同じやり方での患者自己負担増が、

OTC類似薬の保険給付の見直しでも行われると、外来医療に大きな悪影響を与えるでしょう。

インフレ・賃金上昇対応は、2027年度もさらに上乘せするとされました。今後は、上昇に応じて毎年1点単価を変動させる方式の導入も検討されるかもしれません。

新しい地域医療構想先取りし、病院機能分化の方向付け

——今回改定は、新しい地域医療構想を先取りしていると言われます。

二木 新しい地域医療構想がまだ決まっていない、議論の最中に、診療報酬改定がちょっと先走った。その方向付けを改定が先に示したと言えます。「新たな地域医療構想等に関するとりまとめ」（2024年12月）と報酬改定をセットで理解する必要があります。

現7対1看護病床の上位病床として、急性期病院一般入院料Aを新設しました。点数上は、急性期A（1930点）√多職種体制を整えた急性期B（1898点）√急性期一般I（1874点）となります。急性期Aは、

新地域医療構想の「急性期拠点機能」で確定でしょう。対して、急性期Bは「高齢者救急・地域急性期機能」の中核になると思います。

また、地域包括医療病棟を2つに分け、2の基準を相当緩和しましたから、急性期一般入院医療2〜6から地域包括医療病棟への移行が相当増えるかもしれません。長期的には、7対1看護病床以外は、地域包括医療病棟または地域包括ケア病棟に移行させていく厚生労働省の思惑が明確になりました。「包括期」に「高齢者救急」を含めたのは、このためだと思います。

「包括期」は高齢者・軽症救急の受け皿

——「包括期」の位置づけをどう見ていけばよいのでしょうか。これからのいわゆる一般病院のあり方と関わってくると思います。

二木 「包括期」の見方は最大の肝ともいえます。「新たな地域医療構想等に関するとりまとめ」に書かれた「回復期」機能から「包括期」機能への変更は、単なる呼称変更ではありません。



「包括期」は、「2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期とこれまでの回復期の機能をあわせてもつこと」とされました。高齢者・軽症救急（従来の一般急性期）も含めて対象が拡大され、ゴールポストをずらしたのです。

一般急性期と回復期の境は元々あいまいで、それぞれ何床、何床と決めるのは無理がありました。今回の名称変更により、長年の懸案だった急性期病床の削減と回復期病床（包括期）の増加を数の上では達成でき、厚生労働省なりに解決したわけです。

ケアミックス型の地方病院の不安払拭を

——厚生連病院の多くが立地する地方への配慮もあるようです。

二木 今までの地域医療構想では全国一律の仕掛けでしたが、今回は全国を大都市部、地方都市、人口の少ない地域の3種類に分けました。人口20万人未満の医療圏は結構数が多いためです。急性期Bに関しては、人口20万人未満の医療圏だったら、救急台数や手術件数の基準が緩和されます。急性期Bと多職種体制加算を取れば、今までの急性期一般より良くなる。なかなか厚生労働省も芸が細かいなと思いました。

急性期Bを今のままではギリギリ選択できない中小病院のうちで、現在7対1看護の病院は必死に救急車1500台（人口20万人以下では1000台）のクリアに向かうでしょう。厚生連を含めて民間経営の病院は活力、バイタリティがありますからね。1回の改定で激変は生じませんし、厚生労働省もそこまでは見込んでいないと思います。

——病院機能の選択・限定の流れは、ケアミックス型の地方の病院にとって不安が大きいのではないのでしょうか。

二木 そこは懸念されます。特に地方の病院は、病床規模を問わず広くケアミックスで病棟構成しており、地域の需要に応じて、経営も成り立たせています。急性期病棟と地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病床等との併設の体制に打撃を与えることがないよう協議、調整を進めなければなりません。

また、三次救急を担っている大病院が、急性期Aを取得するために地域の救急患者を「独占」し、二次救急を担っている中小病院の機能低下が生じるのは避けるべきです。普通の二次救急の中小病院で扱える患者が三次救急に行けば、医療費も不必要に増加してしまいます。

ただし厚生労働省は、医療費が無益に増えることは絶対にさせませんから、何らかの調整を行うとは思いますが。

高額療養費で医療財政圧迫の主張は事実認識

——本書タイトルの「ファクト」は、まさに先生の研究姿勢を表しておられる基本ワードだと思います。

二木 私のスタンスは、事実認識や客観的将来予測と、自己の価値判断を峻別することです。客観的将来予測とは、現在の政治経済や社会的条件が大きくは変わらないと仮定した場合、政策がこうなる可能性が最も高いと私が判断していることを指します。それと自分の価値判断をちゃんぽんにして論じないようになっています。

医学の臨床研究では、事実とその解釈を区別しなくてはなりません。論文を書く場合でも、結果の欄と、考察の欄を区別します。この癖がついていて、その延長で政策を分析しています。それに対して、価値判断が大事にされる社会福祉の分野では、事実と自己の価値判断を混同する研究者や実践家が少なくないように思います。社会科学においても、自己の価値判断と事実認識・客観的予測は区



別しなければなりません。

——さまざまな言説によって医療費抑制を叫ぶ主張が続いています。ファクトに基づく見解をお聞かせいただきたいと思います。まずは高額療養費についてです。

二木 高額療養費の増加や高額な薬剤が医療財政を圧迫しているという主張は、誇大または事実認識です。

高額療養費3兆円弱の国民医療費に対する割合は6・79%（2021年度）にとどまっ

ています。この10年間の医療費増加への寄与率も10・8%にすぎません。マクロの医薬品費は厳しく抑制されており、9兆円台、薬剤比率22%前後で安定しています。高額医薬品が亡国につながることはなく、過度な上昇を防ぎ、適正な値付けと適正利用を進めれば、国民皆保険制度との両立は可能です。

石破内閣の時は患者団体の声を全く聞かずに高額療養費制度の見直し原案を出し、その後、迷走しました。いったん凍結させたのは、患者団体の運動の成果です。内容、政策決定プロセスとも問題だらけであり、私も強く反対しました。こども・子育て支援加速化プランの財源確保をねらいとして、長期間高額な負担に苦しむがん患者や難病法指定外の関節リウマチ患者等の「多数回該当」患者の負担を増やすことは許しがたいと思います。

死亡1カ月前の対総医療費割合は3%

——終末期の過度な延命治療が医療費を押し上げていると主張する政党が目立ちます。

二木 現役世代の社会保険料引き下げで「手取りを増やす」手段として、終末期医療見直

しや尊厳死法制化に触れた国民民主党の玉木発言は、「根強くはびこる誤解」（共同通信）、「信頼に値する議論を」（朝日新聞）と各種新聞からも批判を浴びました。

日本では過去30年間、死亡前1年間および1カ月間の医療費の総医療費に対する割合は、それぞれ10%、3%で安定しています。しかもこれには心筋梗塞や脳卒中等の急性疾患で死亡し、終末期医療とは言えない医療費が含まれています。

参政党の党首は「無理やりチューブについて生かす必要があるのか。終末期医療に金がかかりすぎている」と選挙で主張しましたが、実際に終末期の延命のために胃瘻造設や人工呼吸器装着がされることは最近ほとんどありませんし、費用もとても高額といえるものではありません。

終末期医療たときの議論は、これでもう打ち止めにしてほしいのですが、ゾンビみたいに出てきますね。そもそも社会保険料引き下げは、即、社会保障・医療保障の縮小を意味するのですが、選挙時には多くの国民にそこまでの理解は広がらなかったようです。

応能負担は税と保険料に適用し、平等給付が社会保険の原則

——応能負担についてお聞きします。窓口負担や利用料にまで応能負担を導入しようとする議論をどう見ればよいのでしょうか。

二木 金融所得の把握も含めて応能負担の拡大には大賛成ですが、それは保険料や租税負担にのみ適用すべきものです。サービスを受ける際は、所得の多寡によらず、平等に給付を受けるのが社会保険の原則です。高所得者も能力に応じてしっかり保険料や税金を払っているから制度が成り立っているのに、利用するときにも多く取られたら二重取りとなり、高所得の人の保険に対する納得感がなくなってしまう。

20世紀末までは、医療保険の患者自己負担は所得とは無関係に一律でした。一方、福祉の措置制度ではサービス利用料に応能負担が入っていましたが、医療保険との間や在宅・施設間で不合理な格差を是正するため、2000年の介護保険制度創設のときに利用料を応能負担から定率負担に変更したのです。し



かし、2001年以降、この原則が徐々に崩され、患者自己負担にも応能負担が導入・拡大されてきました。2001年の高額療養費制度の負担上限額の所得区分細分化はその先導役でした。最近は「現役世代の保険料軽減」を理由としてさらなる細分化がされようとしています。社会保険の原則に戻すべきです。

保険料と給付の再分配効果は大。
「手取り増を保険料減で」は
格差拡大もたらず

——「社会保険料の負担を減らして手取りを増やす」との主張自体、大いに問題があります。二木 一部野党や日経新聞の「賃上げは社会保険料に消える」との主張は、重大な事実誤認に基づくものです。入部寛氏の研究によると、若年世代(39歳未満の2人以上勤労世帯)の、この6年間の社会保険料負担の増加は6200円程度であり、同じ期間の世帯主収入の増加、約3万3千円の18・6%にとどまっています。

社会保障財源への事業主の拠出が低いことも問題です。西欧諸国と比較して日本の社会保障給付費のGDP比は低いうえに、事業主の拠出が、ドイツ10・7%、スウェーデン11・3%、フランス12・8%に対して、日本は6・7%とはるかに低く、改善されるべきです。

もう一つ大事なファクトに触れます。日本では、税による所得の累進的な再分配よりも、

社会保険料の徴収と年金・医療・介護などの社会保障給付による格差是正の効果のほうがはるかに大きいのです。所得格差(ジニ係数)の改善度における再分配効果は、社会保障によるものが9割強を占め、税によるものが1割弱と非常に弱いのです。確かに、保険料負担にも逆進性がありますが、それは極低所得層と高所得層にのみ見られ、大半の所得階層では所得比例的でフラットなのです。

ですから、「社会保険料を引き下げる」「手取りを増やす」といういくつかの新興政党の政策は、結果として逆に所得格差の拡大をもたらす危ない主張と言えます。保険料負担の引き下げよりも、所得税の累進制の再強化や法人税率引き下げの停止、過度の内部留保への課税等を通じて、もっと税による再分配効果を高めることのほうが重要な課題なのです。——本書では、生活習慣病の用語見直し、戦後の医療政策史や医療経済学の論点などにも触れられています。本書がファクトに基づく医療政策の推進に大いに寄与することを期待いたします。ありがとうございました。

(2026年3月3日)

文